

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année scolaire 1920-1921 — N° 137.

Les pleurésies axillaires

Contribution à l'étude de la
séméiologie de l'aisselle médicale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph LUQUET

né à Marcols-les-Eaux (Ardèche) le 25 Juillet 1889.



PRIVAS
IMPRIMERIE LUCIEN VOLLE — COURS DE L'ESPLANADE

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année scolaire 1920-1921 — N° 137.

Les pleurésies axillaires

Contribution à l'étude de la
séméiologie de l'aisselle médicale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV.

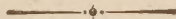
BIBLIOTHEEK

LEIDEN

PAR

Joseph LUQUET

né à Marcols-les-Eaux (Ardèche) le 25 Juillet 1889.



PRIVAS

IMPRIMERIE LUCIEN VOLLE — COURS DE L'ESPLANADE

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLOSSON (A)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	GOURMONT (P)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PADEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, Président ; COLLET, Assesseur ;
MM. CADE, et ROUBIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les déclarations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Mon Président de Thèse

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE LYON

INTRODUCTION

Les pleurésies axillaires sont les dernières venues dans la série des pleurésies enkystées et leur connaissance est si récente que leur nom lui-même peut être inconnu de cliniciens assez avertis.

Leur singularité topographique, leur latence, l'intérêt clinique et thérapeutique qu'il y a à les dépister, et le fait qu'elles n'ont pas encore été l'objet d'une étude détaillée, peuvent justifier notre travail.

Mais nous nous sommes attachés surtout à montrer tout l'intérêt que présente pour le médecin, l'exploration méthodique de l'aisselle. Celle-ci doit faire partie intégrante de tout examen thoracique et elle nous donnera toujours des précisions utiles sur l'état de la plevre ou du poumon malade et bien souvent la clef d'un diagnostic en suspens.

Ces notions nous ont été enseignées par notre maître M. le Professeur Mouriquand dont les recherches pratiquées avec une méthode, à la fois rigoureusement scientifique et clinique au cours de ces dix dernières années, ont

abouti à éclairer, on pourrait dire à créer la séméiologie axillaire.

Nous lui exprimons toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et nous nous estimons heureux si nous avons su dire dans cette étude pathologique, toute la part qui lui revient.

Nous remercions également notre ami le Docteur Morenas, interne du service de M. Mouriquand, pour les renseignements cliniques et les conseils pratiques qu'il nous a aimablement donnés et qui nous ont facilité l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE ET DÉFINITION

L'existence des pleurésies enkystées est de notion ancienne. Déjà connues, mais mal décrites antérieurement, elles ont fait, dès le début du siècle dernier, l'objet d'études anatomiques précises de la part de Bayle qui le premier voit la pleurésie interlobaire (1803). — Laennec dans son *Traité de l'auscultation médiate* (1819) distingue trois variétés d'épanchements pleuraux circonscrits : 1° entre les scissures ; 2° au-dessus du diaphragme ; 3° dans le médiastin.

Andral, dans ses *Cliniques médicales* (1823) en fait une étude plus approfondie et il décrit presque toutes les variétés d'enkystements actuellement connues ; entre autres : pleurésies du sommet, sous-mammaires, postero-externes.

A ces descriptions surtout anatomiques du début, ont succédé, au cours du xix^e siècle et à mesure que se développèrent les moyens d'investigation, les études plus

cliniques de Guenau de Mussy qui s'attache surtout aux pleurésies diaphragmatiques ; de Jaccoud qui décrit les pleurésies multiloculaires (1879).

A la fin du siècle dernier, la pleurésie interlobaire anatomiquement connue, mais plus difficile à déceler en clinique, est cliniquement étudiée par Potain et magistralement décrite par Dieulafoy.

Cette période d'observation anatomoclinique avait lentement étendu le champ de nos connaissances : la radioscopie est venue projeter un jour nouveau sur toute cette pathologie pleurale.

Non seulement les rayons X ont permis de voir l'épanchement, d'en déterminer la forme, l'étendue ; mais il nous ont mis sous les yeux toute son évolution : son début, son apogée, son déclin ; ils nous ont rendu compte du pourquoi de diverses dispositions (ex. : la courbe de Damoiseau) et surtout ils ont pu déceler l'existence de pleurésies cliniquement latentes [telles les pleurésies hilaires de Barjon].

C'est à la radioscopie surtout que l'on doit la connaissance des pleurésies axillaires.

Etant donné qu'elles ont, nous le verrons, une expression clinique, assez fruste, il est vrai, on peut s'étonner de ce que leur existence ait échappé aux cliniciens qui ont découvert les autres formes de pleurésies enkystées.

Certes, en recherchant dans la littérature les diverses descriptions de pleurésies enkystées à siège anormal, on rencontre bien un certain nombre d'observations se rapportant à des pleurésies plus ou moins latérales, externes, para-axillaires.

Ce sont d'abord les deux observations d'Andral

(Cliniques médicales 1823-24) souvent reproduites, concernant des pleurésies enkystées de l'aisselle.

Dans la première il s'agit d'un épanchement *antero-externe*, localisé en galette entre la clavicule et le mamelon : l'aisselle proprement dite n'était pas intéressée.

Dans la deuxième : matité dans l'aisselle au niveau des 3^e, 4^e et 5^e côtes dans l'espace « borné en avant par le mamelon, en arrière par le bord axillaire de l'omoplate ». Ici l'aisselle était bien intéressée, mais « plus bas le son redevenait clair dans un assez court espace, puis il présentait de nouveau une matité due à la présence du foie ». Matité suspendue : il s'agissait très vraisemblablement d'une pleurésie interlobaire.

Les quelques observations de pleurésies enkystées *postero-externes* retrouvées dans les thèses lyonnaises de *Chevalier* (obs. 13 voir bibliographie), de *Mouisset* (observation 7 voir bibliogr.), dans la thèse de *Carlet* (Contribution à l'étude de la pleurésie séreuse enkystée, Paris 1897) que nous avons lues avec soin, ne se rapportent pas à des pleurésies axillaires proprement dites, mais à des pleurésies de la grande cavité qu'un cloisonnement vertical au niveau de la ligne axillaire antérieure a empêché de dépasser l'aisselle en avant : dans la plupart de ces cas une ponction postérieure ramenait du liquide.

Il fallait à la fois être attentif aux signes fournis par l'examen de l'aisselle, si souvent négligé, pratiquer des ponctions en divers points du thorax et s'aider des renseignements de la radioscopie pour déceler la *pleurésie axillaire*.

C'est à notre maître M, le Professeur Mouriquand

qui s'est constamment attaché à la séméiologie de l'aisselle médicale, que revient le mérite d'avoir mis en relief la valeur du signe de la matité axillaire pour le diagnostic des pleurésies. Dans une étude « Sur la pleurésie métapneumonique de l'enfant » parue dans le *Progrès Médical* du 13 juillet 1912 n° 28, il a publié une observation de pleurésie qui correspond bien à ce que l'on désignera plus tard sous le nom de pleurésie axillaire.

Depuis, grâce à de très nombreux examens cliniques et radioscopiques, à ceux surtout pratiqués systématiquement pendant la guerre, dans les centres de triage des militaires atteints d'affections pulmonaires, de nombreux cas nouveaux ont été observés et un petit nombre d'entre eux ont été publiés presque simultanément en mai et juin 1919.

MM. P. Emile Weill et Loiseleur, qui ont fait sur la question l'étude clinique la plus complète paru jusqu'à ce jour (*Journal des Praticiens* 17 mai 1919) ont apporté à l'appui, 9 cas personnels.

MM. Pehu et Daguet, au cours d'une Etude clinique et radioscopique sur les sequelles immédiates et lointaines des pleurésies sérofibrineuses (*Revue de Médecine*, 1919, p. 107), rapportent qu'ils ont observé chez 8 de leurs malades une pleurésie « marginale » ou en « galette » en tout semblable aux pleurésies de Weill et Loiseleur.

MM. Pic, Mouriquand et Coste, de leur côté, observent deux cas nouveaux de la même affection (Société médicale des Hôpitaux, Lyon 10 juin 1919).

Enfin, tout récemment (1^{er} juin 1920), MM. Mouriquand, Cotte et Morenas, présentaient à la même Société un nouveau cas de pleurésie axillaire et, à la même séance

M. Pallasse apportait également une observation superposable aux précédentes.

Nous publions, d'autre part, au cours de ce travail, deux observations inédites du professeur Mouriquand.

Mais que doit-on entendre par pleurésie axillaire ? Nous devons réserver ce nom (donné pour la première fois à cette pleurésie par MM. P.-E. Weil et Loiseleur, en 1917, dans un article sur la pneumosereuse) à l'épanchement enkysté *localisé exclusivement dans et sous l'aisselle*, entre les 2 lignes axillaires antérieure et postérieure, ou aux sequelles d'un épanchement affectant la même localisation.

Cette topographie, que nous devons préciser suivant les données séméiologiques récentes, suffirait à caractériser cette pleurésie si, cliniquement, elle n'offrait une allure spéciale qui en fait une entité pathologique bien individualisée.

TOPOGRAPHIE DE L'AISELLE

1° Topographie de l'aisselle chez l'adulte

L'aisselle envisagée au point de vue médical est une région différente de l'aisselle des anatomistes et des chirurgiens. Tandis que cette dernière, limitée au creux axillaire appartient surtout à l'origine du membre supérieur, l'aisselle médicale est exclusivement thoracique et se trouve constituée par le prolongement sur la paroi latérale du thorax de la face interne de la pyramide axillaire.

Pour étudier cette région, ainsi que pour en faire l'exploration médicale, il faut mettre le bras du sujet en abduction forcée : elle nous apparaît alors naturellement limitée, en haut par le sommet du creux axillaire, en avant par le bord du grand pectoral, en arrière par le bord du grand dorsal.

Ces deux saillies musculaires, unies au sommet,

forment, en s'écartant, les deux cotés d'un triangle dont la base est à délimiter : ici, les reperes anatomiques sont arbitraires et, l'on doit recourir à l'exploration clinique si l'on veut obtenir une région nettement circonscrite.

La topographie de l'aisselle, jusqu'alors imprécise, a fait l'objet des recherches prolongées de notre maître, M. Mouriquand, qui a observé à ce sujet plus d'un millier d'aisselles normales ou pathologiques : son élève Pratsikas expose dans sa thèse, avec sa contribution personnelle, les résultats de ces recherches. Voici quelles sont les limites établies par ces auteurs (chez l'adulte).

On trace d'abord deux lignes partant du sommet du creux axillaire : l'une antérieure le long du bord du grand pectoral, l'autre postérieure le long du bord du grand dorsal ; on les prolonge verticalement sur la partie latérale du thorax et l'on obtient ainsi la ligne axillaire antérieure et la ligne axillaire postérieure. On mène la bissectrice de l'angle formé par ces deux lignes : c'est la ligne axillaire moyenne.

Prenant ensuite le mamelon et l'angle inférieur de l'omoplate comme points de repère, ces 2 points étant sensiblement au même niveau, on les unit par une ligne transversale, qui prend le nom de ligne mamelonnaire transverse.

Parallèlement à cette ligne mamelonnaire transverse et à une distance de trois travers de doigt (c'est-à-dire six centimètres) au-dessous d'elle, nous traçons une nouvelle ligne réunissant les lignes verticales antérieure, moyenne et postérieure. Cette ligne n'a pas été prise arbitrairement : dans la grande majorité des cas, elle correspond exactement à la limite entre la sonorité pulmonaire et la matité

hepatique à droite, à la limite entre la sonorité pulmonaire et le tympanisme gastrique à gauche.

Les cinq lignes que nous venons de tracer délimite sur la paroi latérale du thorax deux régions :

L'une supérieure, presque triangulaire qui s'étend du creux axillaire à la ligne mamelonnaire transverse ; c'est la région axillaire proprement dite.

L'autre inférieure, rectangulaire, au-dessous de la ligne mamelonnaire ; c'est la région sous-axillaire.

Si nous envisageons ces deux régions dans leur ensemble, nous voyons que leur aire est divisée par l'intersection des deux lignes perpendiculaires en quatre segments ou quadrants : 2 axillaires (1 antérieur, 1 postérieur) et 2 sous-axillaires (1 antérieur, 1 postérieur).

Cette division n'est pas superflue, on ne saurait apporter trop de précision à une étude topographique et grâce à ces repères précis, nous pouvons suivre pas à pas l'extension ou la regression d'un processus pulmonaire, les variations de niveau d'une couche liquidienne soit que l'on fasse changer de position le malade (de la position assise à la position couchée) soit que l'épanchement augmente ou diminue.

2° Topographie de l'aisselle chez l'enfant

Telles sont les données qui ressortent de l'étude de l'aisselle faite chez l'adulte.

Nous nous sommes appliqué à déterminer dans quelles conditions se présentait la région chez les enfants aux différents âges.

Voici quels sont les résultats de nos examens et mensurations.

Pour la région axillaire proprement dite, les limites en sont les mêmes que chez l'adulte : cela est facilement concevable, puisqu'elle bornée par des repères anatomiques.

Il n'en est pas de même pour la région sous-axillaire.

Tandis que chez l'adulte la hauteur de celle-ci est à peu près fixe chez la plupart, et égale à droite et à gauche (3 travers de doigt) ; chez l'enfant elle varie non seulement avec l'âge mais avec le côté envisagé.

C'est que, ici, à gauche, le tympanisme gastrique plus accusé et variable suivant les sujets et les périodes digestives est un élément de perturbation. Chez certains il nous a été impossible de faire le départ entre la sonorité pulmonaire et le tympanisme gastrique ; chez d'autres nous avons eu des variations de plus de 1 centimètre d'un moment à l'autre.

Dans ces conditions, nous ne pouvons attacher de réelle valeur qu'aux chiffres obtenus par la mensuration de la sous-aisselle droite. Nous donnons ici le résultat des mensurations pratiquées chez les jeunes sujets que nous avons observés :

HAUTEUR DE LA SOUS AISSELLE CHEZ QUELQUES ENFANTS

Noms	Age	Droite	Gauche
R. L.	1 ans	1 c.m.5	2 c.m.
O. R.	2 ans	2,5	limite imprécise
L. R.	2	1,5	1,5
Ch. A.	3	3	limite imprécise
D. J.	7	1,5 (patholog.	3,5
L. J.	7	2,8	2
B. C.	8	2,5	4
F. C.	10	3,2	3,5
O. E.	10, 1/2	4,2	4
D. A.	11	4	2
D. C.	12	3,5	4
B. M.	14	5	limite imprécise

SEMEIOLOGIE DE L'AISELLE NORMALE

Avant d'aborder l'étude pathologique de la région il y a lieu de rappeler les données sémeiologiques fournies par l'aisselle chez le sujet sain.

La simple inspection nous permet de constater que c'est au niveau des régions sous-axillaires que l'ampliation thoracique inspiratoire se développe à son maximum : c'est là qu'apparaîtra, d'abord le plus souvent, une diminution d'amplitude inspiratoire ; là que sera plus évidente au début une voussure ou une rétraction.

Les vibrations seront ici mieux perçues par le palper qu'en toute autre région thoracique, car, nulle part ailleurs, le gril costal n'est aussi rapproché de la main : nous avons sous l'aisselle le minimum d'interpositions musculaires, tandis que en arrière les muscles sus et sous épineux, le trapeze, le grand dorsal, en avant les pectoraux forment pour les vibrations une couche élastique difficile à franchir.

La percussion donne normalement dans l'aisselle et le sous-aisselle une sonorité à peu près homogène. Il arrive cependant fréquemment que dans la sous-aisselle la sonorité pulmonaire et le tympanisme gastrique chevauchent en quelque sorte et donnent un son intermédiaire qui ménage une transition insensible entre la vraie sonorité et le vrai tympanisme : nous avons vu que, dans ce cas, chez l'enfant surtout, il était impossible de donner à la région sous-axillaire, des limites inférieures très précises.

L'auscultation nous fait entendre normalement le murmure vésiculaire avec ses caractères propres sur toute l'étendue de la région ; ce murmure s'atténuant peu à peu dans la sous-aisselle.

Quand à la radioscopie elle nous montre sur le plan latéral du thorax la ligne nette de réflexion des côtes, mobile suivant les mouvements respiratoires sur une plage pulmonaire de clarté homogène. A la partie inférieure le jeu du diaphragme découvre à chaque inspiration un sinus qui s'éclaire comme le reste du poumon.

La séméiologie de l'aisselle pathologique présente un intérêt considérable dont l'importance ne paraît pas avoir frappé assez les cliniciens. Nous sortirions des limites de ce travail en l'exposant même succinctement ici. Elle a d'ailleurs fait l'objet d'une étude particulièrement documentée dans la thèse de M. Pratsikas.

En traitant le diagnostic de la pleurésie axillaire nous rappellerons quelles sont les principales modifications que l'on peut observer au niveau de l'aisselle et leur valeur en clinique.

OBSERVATIONS

Nous reproduisons les observations de pleurésies axillaires que nous avons pu recueillir :

OBSERVATION I.

PROFESSEUR MOURIQUAND. — « PROGRÈS MÉDICAL », JUILLET 1912.

Il s'agit d'un enfant de 3 ans, sans antécédents héréditaires, dignes d'être relevés, ayant eu un frère mort récemment de broncho-pneumonie post-rubéolique.

Lui-même a joui d'une assez bonne santé jusqu'à il y a un mois, époque à laquelle il prit la rougeole. Celle-ci évolua normalement et il était en convalescence, lorsque, le 9 mai, apparurent des signes d'otite (douleur, température 40°). La douleur disparut au bout de 4 jours, mais la température persista. Un médecin le voit le 4 mai. Il porte le diagnostic de broncho-pneumonie et prescrit des bains. Malgré eux la fièvre persiste; aussi, pour ce, l'amène-t-on à l'hôpital.

A l'entrée salle Sainte-Aline, le 19 mai, l'état général est

mauvais, l'enfant est pâle, les lèvres sont sèches. Il existe un écoulement purulent de l'oreille droite.

L'enfant tousse d'une toux sèche, un peu quinteuse. L'examen des poumons révèle une matité à la base droite, sur trois travers de doigt environ. Cette matité tourne, mais en s'atténuant, sous l'aisselle, mais ne parvient pas jusqu'à la face antérieure du thorax. A l'auscultation on a, en arrière, vers la région moyenne de l'hémithorax droit, un gros souffle tubaire, au-dessous quelques râles cavernuleux ; à la partie basse du thorax prédomine un peu d'obscurité.

En raison de cette matité axillaire, que nous tenons pour un excellent signe de pleurésie, nous pratiquons au niveau de la matité basale une ponction exploratrice qui ramène 1^{cm} 1/2 environ de liquide jaune citrin, très clair, nullement purulent, mais très fibrineux.

L'examen cyto-bactériologique que nous pratiquons avec M. Dujol montre une formule nettement polynucleaire. Ces polynucleaires présentent un protoplasma en voie d'altération.

D'autre part, les préparations, colorées au violet de gentiane, contiennent un nombre considérable de pneumocoques très caractéristiques,

Bien qu'il s'agisse pour l'instant d'un épanchement nettement fibrineux, nous annonçons avec une quasi-certitude qu'en raison de la formule bactériologique et cytologique, l'épanchement deviendrait purulent et qu'il est à surveiller à ce point de vue par des ponctions fréquemment renouvelées.

Le 21 mai, l'enfant est plus pâle, la température persiste aux environs de 40°. La matité basilaire droite est toujours marquée, la matité axillaire est très nette.

Les signes d'auscultation ressemblent à ceux des jours précédents, avec une obscurité plus marquée à la base droite, le souffle pneumonique persiste, toujours intense à la région moyenne.

Le 22 et le 23, les mêmes signes locaux existent et la radioscopie montre une ombre diffuse dans l'hémithorax droit, avec obscurité plus marquée à la base. L'état général paraît pourtant meilleur. La température est tombée aux environs de 38°; le 23 au soir la température monte à 39°,2, pour atteindre 40° le 24. Estimant, malgré le peu d'accentuation des signes locaux que cette poussée thermique correspond à la transformation purulente de l'épanchement séreux, nous faisons une nouvelle ponction exploratrice en pleine matité de la base. Cette ponction ramène quelques gouttes de pus franc, très épais, difficile à aspirer, l'épanchement paraît peu abondant « en tartine ». L'examen microscopique y montre un nombre important de pneumocoques, moins considérable néanmoins que celui relevé au premier examen (liquide citrin).

La quantité de pus paraît légère : aussi l'intervention immédiate ne s'impose pas.

Le 25, des 2 oreilles coule un liquide purulent. L'état général est meilleur, mais la température persiste à 40°. Il semble néanmoins que le drainage des oreilles ait eu le lendemain une influence favorable sur la courbe thermique, puisque celle-ci tombe à 37°,2. Elle se relève d'ailleurs immédiatement le 27 et le 28.

Ce jour-là, on note une persistance de la matité à la base droite, mais elle s'est très nettement atténuée, notamment au niveau de la région paravertébrale, qui est presque sonore. Si l'examen de la matité n'était pas poussé plus loin on songerait à la régression des signes pleuraux.

Mais l'état général mauvais, malgré l'écoulement auriculaire, fait rechercher le pus. La matité s'accroît très nettement à mesure que l'on se rapproche de l'aisselle ; là, elle est à son maximum en un point correspondant environ à la ligne mamelonnaire, au niveau des 3^e et 4^e espaces droits. La matité

axillaire s'est donc très nettement accentuée au détriment, pourrait-on dire, de la matité basale.

A ce niveau l'auscultation n'est pourtant pas en faveur d'un épanchement pleural : il existe là un souffle assez rude avec des râles sous-crépitants et presque cavernuleux que l'on peut interpréter comme des râles de retour de la pneumonie. Malgré ces indications stéthoscopiques contradictoires et ne tenant compte que de la matité franche axillaire, nous faisons au niveau du point le plus mat (3^e espace) une ponction exploratrice et nous ramenons 3 à 4 cent. de pus, plus liquide qu'à notre deuxième ponction. Le malade est alors envoyé d'urgence chez M. Nové-Josserand, qui l'opère immédiatement.

Une ponction exploratrice préalable pratiquée dans la 4^e espace intercostal droit sur la ligne axillaire est positive. Il fait porter l'incision à ce niveau. Il perfore la plèvre et agrandit l'ouverture à l'aide d'un dilateur Tripiér.

Il s'écoule un pus jaunâtre, grumeleux, un peu teinté de sang par endroits, en quantité moyenne. On draine. Ce pus contient de nombreux pneumocoques.

OBSERVATIONS II ET III.

PIC, MOURIQUAND ET COSTE.

Dans deux cas la radioscopie a permis de porter le diagnostic de pleurésie axillaire. Ces cas observés avant les publications de P.-E. Weil et Loiseleur, et de Pehu et Daguet, sont schématiquement semblables à certains cas publiés par ces auteurs.

On trouve dans les antécédents du premier de ces malades une dothiéntérie, une bronchite ayant déterminé la réforme. Depuis, amaigrissement, troubles digestifs, toux, expectorations. Quelques sibilances au sommet droit.

Radioscopie. — Ombre hémisphérique à convexité interne, à base axillaire, s'étendant depuis la deuxième côte gauche jusqu'au sinus costo-diaphragmatique et se confondant absolument avec l'ombre de croisement latéral des côtes. Le bord interne, très régulièrement circulaire, comme celui d'un kyste hydatique, présentait son point culminant au niveau du bord gauche de l'ombre cardio-aortique en un point correspondant au sillon auriculo-ventriculaire gauche. Des deux extrémités de ce bord, la supérieure venait rejoindre perpendiculairement le bord externe thoracique, l'inférieure se confondait avec la partie externe de la coupole diaphragmatique, dont elle semblait relativement indépendante dans les grandes inspirations. En position transverse cette ombre était limitée à la région axillaire.

Le malade fut envoyé à M. Mouriquand pour examen clinique. Ce dernier constata, au niveau de l'aisselle, dans toute l'étendue de l'ombre radioscopique de la matité, des vibrations, mais pas d'égophonie ni de flot. La ponction retira 200 à 250^{cm} d'un liquide analogue à celui des vieilles pleurésies où l'examen cytologique révéla des éléments vieilliss.

Un second examen montra l'affaissement de l'ombre, un troisième la réapparition d'une ombre de même étendue que la première fois.

Chez le second malade qui ne présentait dans ses antécédents qu'une congestion pulmonaire droite, et une pleurésie du même côté, la radioscopie permit de faire le diagnostic de pleurésie axillaire gauche, les signes donnés par l'écran étant semblables à ceux observés chez le premier malade. Une ponction, faite par M. Morenas, suppléant de M. Pic, n'a pas ramené de liquide.

OBSERVATION IV.

MOURIQUAND, COTTE ET MORENAS.

D... Jean, 14 ans. Entre dans le service de M. Nové-Josserand en observation pour une pleurésie purulente.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portant, une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : aurait présenté une épisode de méningisme au cours de sa 2^e année. Rougeole, oreillons vers la 5^e année. Pas d'autres antécédents jusqu'à l'affection actuelle.

Celle-ci a débuté le 26 janvier 1920 brusquement par un syndrome grippal : céphalée, frissons, sueurs abondantes. Température aux environs de 38°; pas de symptômes thoraciques (ni toux, ni expectoration).

Au bout de 8 jours cet état s'était amendé, la température était tombée à 37°; le malade s'était déjà levé. Puis, il a éprouvé un point de côté dans la sous-aisselle; la fièvre a reparu, le malade commence à tousser sans expectoration.

Au bout de quelques jours le médecin pratiqua une ponction au Potain, qui donna issue à une quantité de pus franc jaunâtre, évaluée à 1 litre 1/2. Un tube de ce pus a été envoyé au laboratoire pour analyse bactériologique : il se serait agi de streptocoques. Cette ponction avait été pratiquée en arrière à la base gauche.

Quelques jours après 2 autres ponctions ont été faites et n'ont plus ramené de liquide.

L'état général s'était notablement amélioré; toutefois la toux, moins fréquente, s'accompagnait d'une expectoration muco-purulente.

Vers le 7 mars, le malade se levait et paraissait entrer en

convalescence : le 25 mars il retourne dans sa famille. Cette guérison apparente a duré 3 semaines.

Vers le 15 avril, le malade s'est remis à tousser, à présenté des symptômes fébriles et a dû s'aliter de nouveau. La toux survenait par quintes et était souvent émétisante ; l'expectoration reparaissait jaunâtre.

Depuis cette époque l'état du malade ne s'est guère modifié : la température s'est maintenue autour de 38° avec quelques ascensions à 39°. Il a conservé l'appétit, s'est alimenté constamment et n'a pas maigri.

Pas de douleur, ni dyspnée, ni point de côté. Seulement quelques quintes de toux ; plus d'expectoration ; 4 ponctions exploratrices faites toutes en arrière ont été négatives.

Actuellement on se trouve en présence d'un adolescent très grand pour son âge (1 m. 73, émacié, présentant une scoliose a concavité gauche au niveau du thorax.

L'asymétrie thoracique est d'autant plus manifeste que l'hémithorax gauche présente une retraction nette et une diminution d'expansion notable. Mensurations thoraciques (horizontale par appendice xyphoïde 76^{cm}. Hémithorax droit 40^{cm}, hémithorax gauche 36^{cm}.

À niveau du poumon droit rien de notable. À gauche : La percussion donne en arrière une zone de submatité occupant la base exclusivement jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, dans sa partie la plus interne. La ligne supérieure de submatité monte obliquement vers l'aisselle pour laisser place à ce niveau à une zone de matité complète.

La région axillaire est en effet le siège d'une matité absolue dans les 2 quadrants de la sous-aisselle, les 2/3 inférieurs du quadrant axillaire postérieur et le 1/3 inférieur du quadrant axillaire antérieur.

Cette zone de matité affecte la forme d'un ovale (de 16^{cm} sur 12^{cm}) dirigé un peu obliquement, de haut en bas et d'arrière en avant.

La matité cesse brusquement au niveau de la ligne axillaire antérieure.

En avant la sonorité pulmonaire n'est pas altérée. Les vibrations sont partout normales même au niveau de la zone de matité axillaire.

L'auscultation donne une diminution du murmure de la base et quelques rales discrets et mobiles en arrière.

Au niveau de la zone axillaire, on constate surtout une diminution notable du murmure mais non abolition. Quelques frottements-rales sur la ligne mamelonnaire. Pas de souffle, ni egophonie ni pectoriloquie En somme signes des plus discrets. Rien de notable en avant.

Examen viscéral négatif pour les autres organes.

Le 20 mai, une ponction exploratrice pratiquée par M. Mouriquand, faite au niveau de la ligne mamelonnaire au centre de la région axillaire donne issue à du pus lié.

Le 21 mai, intervention par M. Cotte. On aborde la collection par une pleurotomie sous-axillaire ; en donne issue à une certaine quantité de pus jaune sale (1/2 litre environ). On résèque les parois très épaisses de la poche purulente en pratiquant la décortication. Drainage, suites opératoires favorables.

OBSERVATION V.

SERVICE DU PROFESSEUR MOURIQUAND. — INÉDITE

Cl... Jeanne 5 ans 1/2 — entre à l'hôpital le 11 juillet 1919 parce qu'elle tousse et crache abondamment depuis 3 mois. Pas d'antécédents. — Elle n'a jamais eu d'hémoptysie.

A l'entrée, mauvais état général, amaigrissement paleur.

— Au poumon droit : submatité très marquée dans toute la hauteur, à la base aussi bien qu'au sommet. Les vibrations vocales sont nettement augmentées. Dans toute la moitié supérieure mais surtout au sommet : souffle de timbre creux, surtout expiratoire.

Dans toute cette moitié supérieure de ce poumon, très nombreux rales surtout inspiratoires de caractère très humides. Ces signes sont un peu plus nets en arrière.

Dans la moitié inférieure du poumon droit : obscurité respiratoire et rales mais moins nombreux et moins humides que les précédents.

— Au poumon gauche : peu de signes. Au sommet cependant, en avant et en arrière, la respiration a un timbre un peu rude, surtout l'expiration qui est un peu prolongée. On peut même percevoir quelques rales secs après les secousses de toux.

Les signes fonctionnels sont assez marqués : La toux est fréquente, aussi bien la nuit que le jour, mais elle n'est pas émetisante.

Elle s'accompagne d'une expectoration purulente très abondante. Les crachats sont verdâtres, puriformes, non mélangés à une expectoration mousseuse.

Les sueurs nocturnes sont abondantes.

Dyspnée assez marquée (45-50 respirations à la minute).

Pas d'hémoptysie.

L'anorexie est presque absolue. — Pas de vomissements. — Pas de diarrhée. Le ventre n'est ni gros, ni douloureux. — Le foie et la rate ne sont pas perçus. Rien aux autres organes.

Sur l'hémithorax droit, légèrement en dehors de la ligne mamelonnaire, au niveau des 6^e et 7^e espaces : masse fluctuante de 5 à 6^{cm} de diamètre ; la peau est très légèrement rouge à son niveau ; pas de point osseux douloureux. La température est de 39°-8 à l'entrée ; le matin 37°-8 — le pouls rapide à 140. Pas d'albumine.

12 juillet : pas de bacille dans les crachats.

15 juillet : ponction exploratrice à la base droite négative.

La ponction de la collection suppurée thoracique a donné un pus verdâtre, crémeux, homogène.

A l'examen : streptocoques. — Pas de pneumocoques.

16 juillet (M. Mouriquand) : ce qui caractérise la matité de l'hémithorax droit, c'est qu'elle *tourne très nettement dans l'aisselle*.

La ponction, au niveau de la base a été négative ; par contre une ponction, pratiquée sur la ligne axillaire postérieure, au niveau de la ligne mamelonnaire transverse, a permis de retirer un liquide nettement purulent. La malade est envoyé dans le service de M. Vignard — opération — guérison.

OBSERVATION VI.

PROFESSEUR MOURIQUAND. — INÉDITE

Mlle X. 40 ans présente depuis un mois des accidents pulmonaires, du type bronchopneumonique a foyers multiples.

Vue pour la première fois le 10 juillet 1920, on la trouve dyspnéique, légèrement cyanosée : pouls filant ; bruits du cœur mal frappés.

Au niveau de la *région mamelonnaire* droite matité franche : à ce niveau, obscurité ; puis les jours suivants souffle tubaire de moyenne intensité. Après l'expulsion de quelques crachats purulents, *horriblement fétides* (gangrène pulmonaire) apparaissent à ce niveau quelques rales bulleux.

Au niveau de la *région précordiale*, frottements très nets, gagnant la ligne axillaire (pas de signes de péricardite).

Rien en arrière aussi bien à droite qu'à gauche.

Une radioscopie pratiquée le 11 juillet ne montre aucun signe d'épanchement net.

Le 13 et le 15 juillet mêmes symptômes.

Le 18 juillet matité axillaire basse et sous-axillaire gauche, s'étendant en avant presque vers la région précordiale, ne dépassant pas en arrière la ligne postérieure.

Nous pensons à l'apparition récente d'un épanchement : la ponction exploratrice ramène un liquide franchement purulent.

En raison de l'état très grave de la malade, l'évacuation du pus est faite au Potain (3/4 de litre). Toute la région axillaire est sonore après la ponction ; des frottements sont entendus.

La dyspnée est un peu améliorée, mais reprend le lendemain. — La malade meurt le 18 juillet.

OBSERVATION VII.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

P... 31 ans, évacué après 2 ans de front pour congestion pulmonaire droite, survenue après contusion thoracique fut envoyé comme tuberculeux après 3 mois d'hôpital dans un service spécial. Sa fiche portait : faiblesse générale, toux, crachats, hémoptysies, sommets suspects, pleurésie récente à droite. Cette pleurésie n'avait pas été ponctionnée.

Après 3 mois de convalescence P... rentre au dépôt, puis retourne en convalescence. Sa santé ne s'améliorant pas, on l'évacue sur le centre de réforme, qui le soumet à notre examen.

Nous constatons une pleurésie axillaire droite. En somme un accident pleurétique subaigu semble avoir marqué le début de l'affection un an auparavant.

OBSERVATION VIII.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

E. . . 28 ans : Après 7 mois de front, est pris d'un point de côté, de frissons, de fièvre et est évacué pour congestion pulmonaire droite (mars 1915).

Après un mois et demi d'hôpital, on reconnaît l'existence d'une pleurésie que l'on ponctionne 3 fois en retirant successivement 1000 cc, 300 cc, 250 cc d'un liquide citrin (juin 1915).
— Trois mois de convalescence.

E. . . reste ensuite 4 mois au dépôt, ayant repris du poids, mais se plaignant toujours d'un point de côté et d'oppression.

Réventi dans la zone des armées, E. . . ne peut suivre l'entraînement (mars à août 1916), il est évacué en novembre pour bronchite généralisée.

Trois mois de séjour à l'hôpital, puis retour au front. Là, au bout de 24 heures, on l'évacue de nouveau à l'arrière sur un hôpital où l'on constate une pleurésie et où l'on retire 400 cc d'un liquide rougeâtre.

Après différents séjours à l'hôpital et des envois en convalescence, E. . . nous est adressé en 1917. Il est atteint d'une pleurésie axillaire suppurée, consécutive à cette pleurésie séreuse, ayant débuté 2 ans 1/2 auparavant et qui paraît avoir été au début une pleurésie de la grande cavité.

Nous fîmes de septembre 1917 à août 1918, 8 ponctions retirant de 250 cc à 300 cc de pus, avec autant d'injections d'air.

Les ponctions furent toujours difficile, le pus étant grumeleux et bouchant les trocars, et la poche étant rigide, souvent le pus ne s'écoulait qu'après injection d'air.

A la suite de ces multiples interventions, la coque pleurale diminue d'épaisseur et la poche de volume mais on n'avait pas de vraie tendance à la guérison.

D'autre part la poche s'étant fissurée le malade crachait du pus et son état général devenait moins bon.

Il y avait un peu de fièvre. Nous nous décidâmes donc à demander au chirurgien d'opérer notre malade : le docteur Chevrier pratiqua la décortication du poumon. 2 mois après le malade avait repris 2 kilog., ne toussait et ne crachait plus et reprenait une pleine santé.

OBSERVATION IX.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

R... 23 ans. Après 2 ans de front, est blessé au côté gauche de la poitrine. Projectile enlevé sous l'écran en avril 1917. Au moi de juin, se plaint du côté droit et nous est envoyé pour pleurésie.

Nous constatons, tant aux rayons qu'en clinique les signes ordinaires d'une pleurésie droite moyenne sauf qu'il n'y a pas de souffle pleurétique.

On ne retire cependant que 50 cc de liquide de citrin et on injecte de l'air. L'image de la pneumosereuse est d'interprétation difficile : il existe une poche interne claire, sans liquide ; on devine en bas le diaphragme légèrement mobile avec une base pulmonaire grisailée (30 juillet). Le liquide se forme 1 mois après, constitué par du sang mal lié avec leucocytes en pycnose ; on en retire 40 cc.

Après injection d'air, on trouve une coque pleurale épaisse (27 août). Le 3 octobre, 3^{me} ponction de 160 cc d'un liquide séro-purulent chocolat. — L'air injecté se resorbe lentement.

On pratique, en janvier 1918, une ponction qui reste blanche. En février l'air se resorbe ; la poche est toujours légèrement opaque,

A l'examen, on trouve de la matité, du silence respiratoire et de la diminution des vibrations de l'aisselle. Le malade part en convalescence en février 1918.

A son retour en juin, on ne trouve plus dans l'aisselle, aux rayons, qu'un petit gâteau noirâtre, épais de 1 cm haut et large de 3 cm. — Légères adhérences diaphragmatiques antérieures — ganglions hilaires augmentés de volume, noirâtres. — Sommet droit voilé.

A l'examen, faiblesse du murmure respiratoire, sans bruits anormaux et submatité.

Le malade a fait, en résumé, une congestion pleuro-pulmonaire droite, donnant les signes d'un grand épanchement ; en réalité il y avait une pleurésie séreuse-axillaire, qui se transforma vite en pleurésie hémorragique, puis en pleurésie purulente, et qui guérit tentement après 4 ponctions, en laissant comme séquelles un petit gâteau noirâtre d'adhérences, fibro-calcaires probablement, à la partie moyenne de l'aisselle.

OBSERVATION X.

(P. E. WEIL ET LOISELEUR)

A... 29 ans. Fit, en service actif, en mars 1911 une pleurésie qui ne fut pas ponctionnée. Ajourné en 1913 vu son état général médiocre. Mobilisé en 1914, part au front en octobre ; évacué en novembre pour pleurésie ancienne ; cinq mois de convalescence pour bronchite simple du sommet gauche ancienne. A son retour au dépôt, (juillet 1915) est mis en usine jusqu'à mai 1916.

Séjour de plusieurs mois à l'hôpital pour fatigue, anémie, pleurésie ancienne. Ne peut reprendre son travail en février 1917 : nouveau séjour à l'hôpital puis convalescence. — En mars 1918 est envoyé à notre examen pour solution militaire.

Se plaint de fatigue, de mauvaises digestions, ne tousse ni crache. Taille 1^m 70 poids 57 kgs. Au sommet gauche, submatité, vibrations augmentées, respiration obscure, sans bruits anormaux. — Mêmes signes dans l'aisselle gauche. — Pas de fièvre.

Aux rayons, placard noirâtre, collé à la partie moyenne des côtes gauches, adhérent au 1/3 externe du diaphragme en avant. — Cul de sac costo-diaphragmatique normal en arrière. — Bon jeu diaphragmatique. — Ganglions hilaires légèrement augmentés de volume. — Les deux sommets s'éclairent incomplètement à la toux.

OBSERVATION XI.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

L . . 31 ans : a été réformé au corps pour hypertrophie du cœur (?) Repris en février 1915, part au front en juin. — Blessé en septembre 1916 à la main. Evacué en octobre 1917 à la suite d'intoxication par gaz. Blessé en avril 1918 au pied gauche ; intoxiqué de nouveau par les gaz en juin 1918, reste à l'hôpital jusqu'à fin août et nous est adressé pour solution, à la fin de sa convalescence en octobre.

Jamais on n'a noté d'antécédents pleurétiques. On est en présence d'un homme amaigri, présentant un état général médiocre : il tousse et crache peu ; pas de bacille de koch dans son expectoration ; pas de fièvre ; se plaint surtout de dyspnée d'effort, de palpitations et de troubles digestifs (absence d'appétit et digestions pénibles). — A l'auscultation, rien d'anormal au sommet droit ; la respiration semble diminuée au sommet gauche — quelques frottements dans l'aisselle droite et diminution de la respiration.

Aux rayons, galette noirâtre en arc de cercle, de la 5^{me} côte droite à la coupole diaphragmatique à laquelle elle adhère en avant. — Bon jeu de la coupole. — Il existe plusieurs ganglions calcifiés, l'un mobile avec la coupole, deux autres le long de la galette noirâtre des adhérences.

OBSERVATION XII.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

M... 25 ans Entre à l'hôpital le 22 avril 1918 pour un point de côté droit violent, des frissons, de la fièvre (40°) de la dyspnée. Pas de toux, pas d'expectoration. On trouve à la base de la matité, une diminution des vibrations et une respiration très diminuée sans souffle sans égophonie ni pectoriloquie aphone, ni bruits surajoutés.

Le 16 août, mêmes signes cliniques T. 38°, 38°, 4. Expectoration légèrement sanguinolente.

Aux rayons, le diaphragme droit est très flou en dehors, avec obscurité plus marquée en forme de triangle dont la base repose sur les côtes. Ganglions hilaires augmentés de volume.

Une ponction exploratrice ramène du liquide séro-fibrineux, trouble renfermant surtout des polynucleaires.

20 août. -- Aux rayons, l'ombre de base est plus marquée, mais on devine le diaphragme qui joue peu, mais de façon normale. Il semble qu'il y ait en dehors de l'état pleural, réaction pulmonaire.

La ponction sur la ligne axillaire postérieure retire 500 cc de liquide séro-purulent très louche, sans microbes à l'examen direct. — La pneumosereuse montre une pleurésie axillaire : la paroi de la poche n'est pas épaissie.

30 août. Deuxième ponction à 3^{cm} au dessous et en arrière du mamelon droit. On retire 300 cc de liquide séro-purulent,

25 septembre : Le liquide ne s'est pas reproduit. La poche diminue dans toutes ses dimensions. — Le malade part en convalescence le 13 octobre après avoir engraisé de 5 kgs.

Revu le 15 décembre, il ne présente plus aucun signe de pleurésie. Aux rayons, on ne déceèle plus de traces sauf un fonctionnement un peu moindre du diaphragme droit.

Il s'est agi de pleurésie séro - purulente para - grippale amicrobienne.

OBSERVATION XIII.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

M... 25 ans. Fait prisonnier en 1914, évacué en Suisse en 1917 pour faiblesse générale et surdité droite. Il fait plusieurs bronchites. Renvoyé en France en juillet 1918. Pendant le voyage, est pris de fièvre à 40°, céphalée, courbatures ; on trouve à l'hôpital de la bronchite généralisée. Il se plaignait de son côté droit, toussait et crachait beaucoup. Pas de bacilles de koch à l'examen.

Cet état persistant, le malade est évacué sur Nantes, le 8 septembre et entre dans notre service.

À l'examen, on trouve un homme très amaigri, cachectique, présentant de la fièvre à grandes oscillations, toussant et expectorant 2 à 3 crachoirs pleins de pus par nycthémère.

À droite, on diagnostique un pyo-pneumothorax car on trouve à la partie postérieure du poumon de la matité de la base avec vibrations et respiration abolies, et au-dessus, une respiration faible, sans souffle, du retentissement métallique de la toux et de la succussion hippocratique.

À gauche il y a de la matité, des vibrations et une respiration abolies dans l'aisselle, sans souffle ni bruits surajoutés. — Sibilances au sommet en avant, et bruits fins à la base ; on ne porte pas de diagnostic de pleurésie.

Aux rayons, il existe bien un pyo-pneumothorax droit de la grande cavité, mais en outre, à gauche on trouve une pleurésie axillaire enkystée, partant de la partie interne du diaphragme, qui fonctionne peu, mais normalement, à la 5^{me} côte.

Une ponction exploratrice retire du pus jaunâtre renfermant des polynucleaires et des pneumocoques.

Une ponction (100 cc de pus) suivie d'injection d'air et de

bleu de méthylène suffit à guérir le pyo-pneumothorax droit. Au bout de 15 jours il n'y a plus de traces d'air et la plevre est recollée.

Par contre, on pratique des ponctions avec pneumosereuse et injection de bleu de méthylène à gauche en retirant le 9 septembre : 300 cc de pus ; le 19 septembre 100 cc, le 27 septembre 100 cc, le 11 octobre 200 cc, le 21 octobre 150 cc, le 26 novembre 120 cc.

La poche axillaire diminue peu à peu de volume. Après 6 ponctions, il n'existe plus, aux rayons, qu'un léger voile de 1 cm sur la ligne axillaire de la V^{me} à la VIII^{me} côte. Le diaphragme joue normalement.

Le malade sort guéri le 9 décembre ayant repris 13 kgs.

A signaler que l'expectoration purulente a continué après guérison du pyo-pneumothorax droit : la pleurésie axillaire gauche était fissurée ; les crachats purulents colorés en bleu, après l'injection de bleu de méthylène, mettaient en évidence la communication de la plevre avec les bronches, communication trop minime pour produire un pyo-pneumothorax.

OBSERVATION XIV.

(P. E. WEILL ET LOISELEUR)

Bl... 29 ans. Envoyé en consultation par le centre de réforme. A été blessé à la partie postérieure du thorax gauche par un éclat d'obus non pénétrant ; entrainé 13 jours après la blessure. Est guéri de sa plaie mais présente de la dyspnée d'effort, tousse sans cracher.

A gauche submatité, vibrations diminuées en arrière, respiration faible sans bruits anormaux.

Aux rayons, on découvre une pleurésie axillaire. La poche s'étend du diaphragme, dont le 1/3 externe lui est adhérent, à la 2^{me} côte. La poche est noire dans les 2/3 inférieurs ; supérieurement, le liquide est limité par une ligne horizontale, surmontée par une clarté aérienne. Il s'agit d'un pyo-pneumo-thorax consécutif à un trauma.

Nous n'avons pas pu nous assurer de la nature du pus et des germes, le malade ayant refusé d'être ponctionné et ayant demandé à entrer dans un hôpital proche de sa résidence.

OBSERVATION XV.

(P. E WEIL ET LOISELEUR)

F... 40 ans. Blessé le 18 juillet 1916 par une balle, entrée en dehors du mamelon droit et sortie vers la pointe de l'omoplate.

On a trouvé, dans l'aisselle droite, de la matité, des vibrations supprimées et du silence respiratoire, après l'accident.

Le 24 juillet, souffle pleurétique avec égophonie et pectoriloquie aphone. Le malade n'a pas de fièvre mais présente une hémoptysie persistante.

Le 2 août, mêmes signes avec en plus quelques rales sibilants à la base et au sommet droits.

F... est soumis à notre examen le 10 décembre à son retour de convalescence. Bon état général, ni toux, ni crachats. Au sommet droit, submatité, vibrations augmentées, respiration un peu diminuée, sans bruits anormaux. Légère diminution de la respiration à la base et dans l'aisselle droite.

Aux rayons, diminution du fonctionnement du diaphragme. — Légères adhérences supprimant le cul-de-sac en avant. — Epaissement en forme de calotte le long des côtes axillaires sur une étendue de 3 travers de doigt de la IV^e à la VI^e côte.

Ce sont les séquelles d'un hemothorax probable. — Rien aux sommets qui sont clairs.

OBSERVATION XVI.

(PALLASSE ET MOREL)

Ch. . . 28 ans, employé de tramway, entre le 2 mai 1920 à Saint-Pothin salle Saint-Alexandre. Il a présenté en janvier dernier un gros rhume avec point de côté à droite qui l'a obligé à 15 jours d'alitement.

Le point de côté a persisté après la guérison. — Le 25 avril il ressentit de petits frissons, un malaise général et une douleur à l'aisselle droite.

A l'entrée : obscurité respiratoire au 1/3 moyen externe droit en arrière, avec fièvre élevée, sans dyspnée, sans toux importante, sans expectoration. Hemoculture négative.

Les jours suivants, apparition d'un souffle expiratoire le long du bord externe de l'omoplate ; matité dans l'aisselle, sonorité le long du rachis — Vibrations persistantes à la base et dans la gouttière rachidienne.

8 mai : ponction exploratrice positive : liquide citrin, très fibrineux, avec lymphocytes La température s'abaisse progressivement. Actuellement il est apyretique.

La radioscopie faite après la ponction montre une ombre latérale plaquée contre la paroi thoracique ; se terminant au 4^{me} espace par une ligne horizontale quand elle est vue de face, une courbe dans le sens latéral ; s'effilant en bas pour rejoindre le diaphragme vers le sinus ; limitée par une courbe à concavité interne.

L'évolution, après cinq semaines paraît aller vers une resorption lente avec une amélioration progressive de l'état général.

OBSERVATIONS

(DE MM. PEHU ET DAGUET)

MM. Pehu et Daguet dans une « Etude clinique et radioscopique sur les séquelles immédiates et lointaines des pleurésies séro-fibrineuses ». (Revue de médecine 1949 p. 407 signalent qu'ils ont observé huit cas de pleurésies axillaires qu'ils nomment « pleurésies marginales ».

ÉTUDE CLINIQUE

De l'étude critique des observations que nous avons pu rassembler et reproduire se dégagent diverses notions que nous allons essayer de mettre en lumière.

C'est d'abord, comme pour les pleurésies de la grande cavité, leur étiologie variée ; mais c'est surtout, et de là leur intérêt, au point de vue symptomatique de telles ressemblances qu'elles paraissent pour la plupart calquées les unes sur les autres. Il ne s'agit pas de faits disparates rassemblés de façon arbitraire, mais d'un processus bien déterminé que l'on retrouve avec la même physionomie, la même allure dans la plupart des cas.

A. — Etiologie

Comme nous avons pu le voir, diverses causes sont intervenues pour provoquer des pleurésies axillaires.

Ces pleurésies sont toutes *secondaires* à une infection pleuro-pulmonaire aiguë ou chronique, ou à un traumatisme local.

Il est difficile, d'admettre la possibilité d'une pleurésie axillaire primitive, même comme localisation initiale d'une infection générale latente.

En fait les pleurésies axillaires actuellement connues peuvent être réparties en trois groupes étiologiques :

- 1° les pleurésies secondaires à une infection pleuro-pulmonaire aiguë ;
- 2° les pleurésies post-traumatiques ;
- 3° les pleurésies tuberculeuses.

1) PLEURÉSIES SECONDAIRES A UNE INFECTION PLEURO-PULMONAIRE AIGUE (NON TUBERCULEUSE).

Le plus souvent (3 fois sur 4) il s'est agit de pleurésies *post-grippales*. Le premier stade était constituée par une congestion pleuro-pulmonaire grippale, l'élément pleural étant plus ou moins accusé, mais toujours marqué ; puis après une période latente, apparaissait la pleurésie axillaire.

Dans un cas, celui publié par M. Mouriquand en 1912, il s'agissait d'une pleurésie *métapneumonique* chez un enfant.

2) PLEURÉSIES *post-traumatiques*

Dans 2 cas de Emile Weill et Loiseleur, un traumatisme (plaie de guerre) est à l'origine de la pleurésie.

Mais tandis que dans le 2^e cas il s'agit d'une plaie par balle ayant traversé la plèvre et le poumon et donné lieu à un hemothorax localisé à l'aisselle ; dans le premier cas le projectile n'aurait pas pénétré dans la plèvre (voir observation xiv). Il est difficile d'admettre qu'un éclat d'obus, non pénétrant, ait provoqué, par simple choc un pyopneumothorax de voisinage ; et il faut penser que l'éclat, bien que resté dans la paroi d'où on l'a extrait, avait localement déchiré et infecté la plèvre.

3) PLEURÉSIES *tuberculeuses*

Ce seraient les plus nombreuses d'après E. Weill et Loiseleur qui admettent que 5 des 9 cas qu'ils ont observés sont d'origine tuberculeuse.

D'autre part les deux observations de MM. Pic, Mouriquand et Coste concernent des pleurésies vraisemblablement bacillaire, et la tuberculose n'est pas douteuse dans l'observation de M. Pallasse.

De même que les pleurésies post-grippales, elles reconnaissent comme cause, une première atteinte pleuro-pulmonaire antérieure ; mais cette première manifestation a pu passer plus ou moins inaperçue et elle demande à être recherchée avec soin dans les antécédents du malade, non seulement quelques mois, mais même plusieurs années avant la constatation de la pleurésie axillaire.

L'âge du sujet ne paraît pas avoir d'importance au point de vue étiologique. Nous rencontrons la pleurésie axillaire 3 fois chez des enfants (3 ans, 5 ans 1/2 et 14 ans).

Dans tous les autres cas il s'agit d'adultes (23 à 40 ans) mais il faut tenir compte de ce fait que les hommes de cet âge, étant militaires, ont été soumis à des examens systématiques soit cliniques soit radioscopiques et que chez eux les pleurésies axillaires latentes risquaient moins d'échapper aux investigations des médecins. C'est pour cela, sans doute, que, à notre connaissance, il n'a été observé encore qu'un seul cas de pleurésie axillaire chez la femme (observation vi du professeur Mouriquand).

B. — Symptomatologie

Ce qui caractérise le plus, au point de vue clinique, la pleurésie axillaire, c'est sa *latence extrême*. Elle n'en présente pas moins une allure clinique spéciale dont nous retrouvons les principaux traits dans toutes les observations qui ont été publiées.

Le *début* de la pleurésie axillaire, si non celui de l'affection causale est extrêmement difficile à préciser surtout dans les cas de pleurésie tuberculeuse ; d'autant plus qu'au moment où l'on est appelé à constater l'épanchement axillaire, l'affection évoluait déjà depuis assez longtemps.

C'est dans les cas de pleurésies post-pneumoniques, ou post-grippales que l'on peut suivre le plus facilement les étapes successives de l'affection. Voici quel est habituellement le tableau clinique :

Un malade est atteint brusquement de grippe caractérisée par un syndrome febrile, des manifestations pulmonaires et pleurales (le plus souvent il s'agit d'une pleurésie de la grande cavité à épanchement non purulent). Cet état aigu, avec toux, point de côté vif, dyspnée dure une quinzaine de jours ; puis une rémission se fait ; la température tombe, les forces reviennent ; le malade paraît entier en convalescence. En fait le malade peut rester apyretique et n'accuser aucun trouble. Cependant l'amaigrissement persiste et la convalescence n'est pas aussi rapide que normalement. Il y a là une période *latence absolue* ou tout au moins de *remission* qui dure de quelques semaines à 2 ou 3 mois. (Cette période de remission peut cependant faire défaut quelquefois : observation VI du professeur Mouriquand).

Puis l'on assiste à une réapparition des symptômes initiaux, évoquant l'idée d'une rechute ou d'une recrudescence, avec cependant moins d'acuité que lors de l'invasion. Ce sont des poussées febriles, quotidiennes, soit légères, soit assez accentuées, à maximum vespéral ; c'est la réapparition d'un *point de côté* peu vif mais persistant et à localisation fixe vers un hypochondre, sous une aisselle; une dyspnée, à vrai dire peu intense, se manifestant surtout à la suite des efforts. La toux, une expectoration peu abondante, muqueuse, peuvent réapparaître aussi, mais ce sont là des symptômes de second plan.

S'agit-il d'une pleurésie axillaire d'origine tuberculeuse? Dans ce cas, la manifestation pleuro-pulmonaire initiale peut être moins évidente ; il faut la rechercher avec soin par un interrogatoire serré, portant sur plusieurs années. Dans ce cas, on trouve généralement à l'origine, (les observations publiées en font foi), une poussée congestive d'une base, une pleurésie à épanchement de la grande cavité. Dans les cas où ces affections ne sont pas accusées par le malade ; il est vraisemblable qu'elles ont pu passer inaperçues parmi les troubles plus marqués d'un état général profondément atteint.

Dans ces cas aussi, entre la manifestation pleuro-pulmonaire initiale et le stade de pleurésie axillaire confirmée, il y a une *période latente* qui dure plusieurs mois (Observation VIII E. Weill et Loiseleur).

Ce sont ces malades qui, militaires, ont erré pendant des mois de l'hôpital en convalescence, puis au dépôt, et du dépôt à l'hôpital. — Ici le début de la pleurésie axillaire est cliniquement impossible à préciser :

L'atteinte initiale a pu ne se manifester grossièrement que par une déficience de l'état général, de l'amaigrissement, une toux sans cause apparente, quelques poussées fébriles ; et ces troubles persistants seront les seuls accusés par le malade, quand, au cours d'un examen complet, l'écran radioscopique, révélera une pleurésie axillaire.

Des *symptômes fonctionnels* en période d'état, symptômes que nous avons vu apparaître plus ou moins marqués, nous ne dirons que quelques mots : leur intérêt est d'attirer l'attention sur une affection respiratoire latente. Encore sont-ils le plus souvent des moins nets.

La toux, l'expectoration relevées dans quelques observations n'ont d'autres caractères que d'être minimes et de n'attirer à peine l'attention du malade.

Il n'en est pas de même *du point de côté* qui s'impose à l'attention, sinon par son acuité, du moins par sa tenacité et sa fixité ; encore ce point de côté lui-même, peut il être absent.

Les *troubles généraux*, diminution des forces, amaigrissement et surtout fièvre vespérale sont plus accusés, plus constants et ce sont eux qui ont amené la plupart des malades à la consultation où à l'hôpital.

Signes physiques.

Les éléments fournis par l'interrogatoire ; les signes fonctionnels et généraux ne sont que des signes de presumption, n'ayant d'autre valeur que d'attirer l'attention sur l'appareil pleuro-pulmonaire.

Un examen pulmonaire méthodique, pratiqué avec la connaissance des données précieuses que peut fournir la séméiologie axillaire, nous donnera des signes de quasi-certitude, que viendront confirmer l'examen radioscopique, la ponction et éventuellement la pneumosereuse.

Tout d'abord, à la simple inspection, on a pu observer une légère voussure de l'hémithorax atteint, voussure intéressant la partie axillaire : il ne faut pas compter sur ce signe que ne mentionnent pas la plupart des observations.

Plus nette seront souvent l'asymétrie thoracique (reliquat de la pleurésie initiale de la grande cavité) et surtout une diminution d'expansion thoracique localisée à la région sous-axillaire.

On a noté, à plusieurs reprises, une diminution des vibrations, localisée à la région (alors que les vibrations étaient bien perçues à la base, en arrière) et l'on pourrait avoir par la percussion et le palper combinés, la sensation de flot, non signalé dans les observations de pleurésie axillaire, mais notée dans certains cas, de pleurésie postéro-externe (Thèse de Mouisset).

Mais le signe de beaucoup le plus important, c'est *la matité localisée dans l'aisselle et la sous-aisselle*.

Si l'on dessine l'aire axillaire, suivant les directives données par M. Mouriquand et Pratsikas (et que nous avons rappelées) on constate que les deux quadrants sous-axillaires en totalité et les quadrants axillaires, en grande partie sinon totalement, sont le siège d'une matité absolue chez l'adulte, relative chez l'enfant ; matité dont les limites se précisent au niveau de la ligne axillaire antérieure et de la ligne axillaire postérieure. Toutefois,

en arrière, la ligne de matité verticale descend parfois en courbe inclinée vers la base qui est submate dans sa partie la plus inférieure.

Si l'on fait déplacer le malade, si on lui imprime des mouvements, on constate que cette matité reste fixée dans ses limites (sauf dans le cas de pyopneumothorax, où la ligne de matité est surmontée d'une zone de tympanisme).

A l'auscultation, ce qui domine c'est, au niveau de la sous-aisselle et de l'aisselle, la *diminution extrême du murmure vésiculaire* ; le plus souvent aucun bruit surajouté. On ne constate ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. — Seule l'observation de MM. Palasse et Morel mentionne la perception d'un souffle expiratoire le long du bord externe de l'omoplate.

Examen radioscopique.

C'est sous l'écran que la pleurésie axillaire acquiert son expression la plus typique à tel point que lorsqu'on est prévenu, le simple examen fait d'emblée faire le diagnostic.

Dans tous les cas on observe une image revêtant les mêmes caractères généraux et d'un malade à l'autre ce n'est qu'une différence de plus ou de moins.

Nous empruntons à MM. Pehu et Daguet, parce qu'elle nous paraît particulièrement compréhensive, la description suivante :

« L'image radioscopique est très caractérisée. Elle est allongée verticalement. Elle occupe la partie toute externe, où la moitié, où même les 2/3 de l'hémithorax, parfois même il n'existe entre elle et la colonne qu'un chenal clair très étroit; elle est limitée en dehors par le bord du thorax. Son bord interne à

une forme variable, tantôt rectiligne à direction verticale, tantôt curviligne à convexité tournée en dedans. L'extrémité inférieure de cette figure peut se terminer en pointe sur la paroi latérale en ménageant entre elle et le diaphragme une zone claire; ou bien, au contraire, elle est élargie et se confond avec le diaphragme lui-même sur une étendue plus ou moins considérable. On pourrait encore l'appeler pleurésie en galette, si, cliniquement, on ne donnait pas à ce terme la signification de pleurésie de nature rhumatismale occupant la grande cavité de la séreuse. »

Il s'agit d'une image extrêmement opaque contrastant avec la clarté plus ou moins grande du parenchyme pulmonaire refoulé. Il va sans dire que dans le cas de pyo-pneumothorax axillaire, on a l'image caractéristique des poches hydro-aériennes : opacité de la partie inférieure limitée par une ligne horizontale et au-dessus une poche gazeuse très claire.

Ponction.

Dans la grande majorité des cas, la pleurésie axillaire est une pleurésie à épanchement et si dans trois cas (deux de Weill et Loiseleur, un de Pic, Mouriquand et Cotte) la ponction n'a pas amené de liquide c'est qu'il s'agissait de séquelles de pleurésies à ce moment-là asséchées.

La ponction doit être faite dans l'aisselle au centre de la zone de matité, au voisinage de l'horizontale, tracée du mamelon à la pointe de l'omoplate. Faite dans ces conditions, elle permet de retirer : du pus le plus souvent ou, exceptionnellement, un liquide sero-fibrineux ou du sang.

La quantité de liquide retirée varie de quelques grammes à plus d'un litre.

L'examen direct et l'ensemencement du pus, la cytologie de la sérosité nous renseigneront sur l'origine de l'épanchement.

Pneumothorax.

MM. E. Weill et Loiseleur ont appliqué à l'examen et au diagnostic des pleurésies axillaires leur méthode qui consiste à injecter, après ponction évacuatrice, de l'air dans la plèvre et à faire immédiatement après un examen radioscopique. C'est même l'emploi de cette méthode qui leur a fait découvrir leur première pleurésie axillaire.

D'après eux, l'insufflation de l'air dans la poche, vidée de son contenu liquide, permet de voir, sur l'écran, et l'étendue de la poche en clair et l'épaisseur de ses parois qui formeront une marge noire à la périphérie.

Epreuves de perméabilité.

Les mêmes auteurs ont injecté après évacuation, dans la poche axillaire, une solution de bleu de méthylène : ils ont constaté que la poche était imperméable, le bleu ne passant pas dans les urines. Dans un cas, où le malade crachait du pus, le bleu injecté passait dans les crachats, témoignant de la fissuration de la poche.

C. — Evolution et Pronostic

Nous avons vu combien était torpide l'allure de ces pleurésies axillaires. Que deviennent-elles, livrées à elles-mêmes ? Nous manquons de données précises pour répondre à cette question.

Des cas observés, il résulte qu'une pleurésie axillaire peut-être tolérée, n'entraînant guère que des troubles de l'état général, et se résorber ensuite spontanément (c'est le cas des 3 pleurésies tuberculeuses vues à l'état de séquelles).

C'est cette latence qui explique le fait que les pleurésies axillaires n'aient pas attiré plus tôt l'attention des médecins et chirurgiens.

Dans un cas (observation v du professeur Mouriquand), le malade avait amorcé un empyeme de nécessité, et le chirurgien ne fit que devancer l'évacuation du pus qui allait se faire spontanément.

DIAGNOSTIC

(SÉMIOLOGIE DE L'AISELLE PATHOLOGIQUE)

Comme nous l'avons vu, le tableau clinique, signes généraux ou fonctionnels, n'offre pas de caractéristiques précises et les signes physiques qui étaièrent le diagnostic demandent à être spécialement recherchés.

Ici, comme pour beaucoup d'affections latentes, pour faire le diagnostic, il faut y penser et surtout savoir demander systématiquement à l'examen de l'aisselle les renseignements précieux qu'il peut donner au clinicien.

L'examen radioscopique est également utile : c'est lui qui a révélé l'existence de la plupart des pleurésies axillaires observées jusqu'à ce jour : il corrobore l'examen clinique quand il ne lui est pas arrivé de le précéder et de le provoquer, attirant l'attention sur une région que l'on n'avait pas examinée avec assez de soin.

I. — *Ne pas laisser passer inaperçu
un processus axillaire.*

Tel est le premier point qui doit diriger le clinicien. L'examen de l'aisselle et de la sous-aisselle s'impose chez tous les malades présentant ou ayant présenté des symptômes thoraciques au même titre que l'examen des sommets, des zones d'alarme ou des bases. La situation au voisinage de la partie la plus active du poumon, où s'exerce mieux qu'ailleurs la fonction respiratoire, le fait que les scissures traversent en écharpe son territoire, font de l'aisselle un carrefour très important où l'on peut surprendre ou observer la plupart des affections pleuro pulmonaires.

Nous baserons notre diagnostic :

1° sur les renseignements fournis par les signes physiques et avant tout par la *matité* axillaire ou sous-axillaire qui est le symptôme de plus grande valeur.

2° sur les résultats de la ponction exploratrice pratiquée soit dans l'aisselle, soit dans la sous-aisselle (au besoin à plusieurs niveaux).

3° sur l'examen à l'écran radioscopique.

Il va sans dire que l'interrogatoire du malade, les signes généraux ne sont pas à négliger ; mais, précieux au point de vue étiologique, ils offrent pour le diagnostic des renseignements de moindre valeur.

II. — *On constate des signes pathologiques au niveau
de l'aire axillaire.*

Le plus souvent c'est une matité qui couvre la sous-aisselle et peut empiéter plus ou moins sur les quadrants axillaires. Ce peut-être aussi plus exceptionnellement du tympanisme ou les deux superposés.

1° Il faut ÉLIMINER LES ORGANES SOUS-DIAPHRAGMATIQUES.

A droite :

Un gros foie, généralement hypertrophié, ou présentant une tumeur de sa convexité (kyste, abcès) peut donner une matité non seulement dans la sous-aisselle, mais dans l'aisselle proprement dite, qui est plus ou moins intéressée.

Cette matité franche présente une limite supérieure arrondie qui peut s'élever dans la position assise et descendre dans la position couchée et surtout debout. Comme l'a fait remarquer notre maître, M. Mouriquand, cette mobilité de la limite de matité peut en imposer pour une ligne de niveau liquidienne et égarer le diagnostic vers une pleurésie. — Mais, dans la pleurésie, dans la position étendue du malade, les deux quadrants sous-axillaire et axillaire postérieurs présentent le maximum de matité, les quadrants antérieurs (surtout l'axillaire) peuvent conserver une sonorité relative. Dans la position assise, la matité diminue dans la partie haute du segment axillaire postérieur, mais devient plus marquée dans sa partie inférieure, et apparaît dans la partie basse du segment axillaire antérieur. «Ce fait (dit M. Mouriquand), que nous avons bien des fois vérifié, en marquant le déplacement de la matité, implique presque à coup sûr la présence du liquide ».

L'auscultation soigneuse de la base, pratiquée au (stéthoscope, selon la méthode de M. Mouriquand), permettra dans les cas de gros foie d'entendre le murmure vésiculaire aboli dans une pleurésie.

Mais l'on aura surtout recours au palper abdominal, qui permettra de sentir le foie ; on tiendra compte de la douleur locale, de l'ictère possible, des antécédents hépatiques.

Un abcès sous-phrénique liquide donnera une séméiologie sous-axillaire analogue à celle du gros foie. Cependant on peut avoir, en plus, du souffle comme dans une pleurésie et la ponction ramène du liquide.

Un abcès gazeux sous-phrénique peut donner dans l'aisselle des signes de pyopneumothorax localisé. Dans ces deux cas, comme d'ailleurs pour le gros foie, la radioscopie tranchera un diagnostic hésitant.

A gauche :

Moins fréquentes sont les affections abdominales qui peuvent modifier la séméiologie axillaire.

Une rate très hypertrophiée donne une matité remontant dans la sous-aisselle, mais, généralement, plus antérieure : cette matité se prolonge dans l'hypochondre où la rate est perceptible à la palpation.

Les abcès sous-phréniques, plus rares à gauche, donnent lieu aux mêmes signes qu'à droite ; les données séméiologiques, exposées à propos des gros foies, la tuméfaction de l'hypochondre, la radioscopie, les anamnestiques feront faire le diagnostic.

2° IL S'AGIT D'UNE AFFECTION PULMONAIRE OU PLEURALE.

Éliminons les affections qui n'étant pas localisées exclusivement à l'aisselle donnent lieu à des signes axillaires importants.

a) *Les pleurésies de la grande cavité*, à épanchement séreux ou purulent étendent leur matité, leur obscurité respiratoire et leur souffle sur la plus grande partie de l'aire axillaire : la sous-aisselle est mate et l'aisselle proprement dite est plus ou moins intéressée par la matité, alors qu'à son sommet on peut constater du skodisme, des signes d'emphysème local.

C'est au niveau de l'aisselle que la zone mate atteint sa plus grande hauteur : c'est là le sommet de la courbe de Damoiseau.

Mais l'aisselle n'est pas seule mate ; il en est de même de la base, du 1/3 moyen du poumon en arrière et souvent en avant.

Si l'on fait asseoir ou coucher le malade, la zone de matité axillaire se déplace : il y a du liquide et ce liquide n'est pas cloisonné.

Enfin la radioscopie montre une obscurité de toute la base.

A vrai dire, le diagnostic de pleurésie de la grande cavité où de pleurésie axillaire ne doit pas nous arrêter : la confusion n'est pas possible ; mais nous tenions à signaler l'importance, trop souvent méconnue, des signes axillaires dans les pleurésies normales. Ces signes sont la règle ; leur absence la très rare exception, à tel point qu'en clinique on est en droit d'infirmier un diagnostic de pleurésie à épanchement de la grande cavité si l'aisselle est libre, sonore et respirant bien.

Une pleurésie primitivement libre peut se cloisonner de telle façon que l'épanchement se localise à une région plus ou moins étendue de la plèvre pariétale intéressant l'aisselle, mais non exclusivement : ce sont les pleurésies *antéro-*

latérales, postéro-externes que l'étendue de la zone mate fera différencier des pleurésies axillaires proprement dites.

b) Il en est de même des *pneumothorax*, hydro ou pyo-pneumothorax de la grande cavité. Eux aussi, ont une symptomatologie claire et accusée ; mais si leurs signes, sonorité tympanique, souffle amphorique, bruits hydro-aériens, sont constatés en avant et arrière, il s'agit d'un pneumothorax de la grande cavité, que confirmera la radioscopie.

c) *La tuberculose pulmonaire* peut donner, au niveau de la sous-aisselle et de l'aisselle, de la matité, un souffle cavitairé (surtout au sommet de l'aisselle) ; mais il est rare que ces signes soient exclusivement localisés à l'aisselle ; il s'agit de malades dont les sommets présentent également de la matité, des rales, des craquements et d'autres signes de bacillose en évolution.

d) *Dans la spleno-pneumonie*, contrairement à la pneumonie banale de la base, la matité peut intéresser l'aisselle, simulant une pleurésie, mais elle est toujours moins étendue à l'aisselle qu'à la base ; la matité postérieure est plus élevée que la matité axillaire, et cela suffit à faire éliminer le diagnostic de pleurésie axillaire.

III. — IL S'AGIT D'UN PROCESSUS EXCLUSIVEMENT AXILLAIRE.

1° Certaines formes de début de la tuberculose pulmonaire, les *formes scissurales* de Piery ne donnent parfois des signes que dans l'aisselle : on trouvera une submatité limitée, insconstante d'ailleurs, et surtout quelques rales en foyer à l'auscultation axillaire ; l'état général étant à peine altéré. On ne saurait confondre ces signes minimes avec ceux d'une pleurésie axillaire.

2° Plus délicat est le diagnostic à faire avec les *pleurésies interlobaires*. Celles-ci, donnant une zone de matité, des rales, du souffle au niveau de la scissure, peuvent ne donner de signes, ne s'extérioriser en quelque sorte qu'au niveau de l'aisselle ou de la sous-aisselle.

Avec la pleurésie axillaire, les analogies sont frappantes. Les deux formes ont les mêmes conditions étiologiques ; on les voit succéder également à une pneumonie, une broncho-pneumonie grippale, et ne se manifester qu'après une période de latence, plus courte, il est vrai, dans la pleurésie interlobaire. Au niveau de l'aisselle, on a dans les deux cas de la matité, du souffle. Les deux pleurésies peuvent donner lieu à une vomique et se manifester ensuite par des signes de pyo-pneumothorax très localisé.

Mais, au point de vue de l'état général et des signes fonctionnels, dans la pleurésie interlobaire, l'allure est plus aigue, la température plus élevée ; le malade est plus nettement un pulmonaire, il tousse, est souvent dyspnéique.

Au point de vue local, la matité de la pleurésie interlobaire est *suspendue* et l'on a au-dessous de la zone axillaire mate, une petite bande submate ou même sonore. La ponction ne ramène du liquide que si elle est faite assez haut, dans une zone très limitée.

La radioscopie tranchera tous les doutes, s'il en subsiste après l'examen clinique. Dans le cas de pleurésie interlobaire, on observe une *bande opaque* suspendue transversalement du hile à l'aisselle : la zone d'opacité peut être parfois plus étendue dans la partie externe juxta-pariétale, mais il *n'y a pas de solution de continuité* de l'ombre entre le hile et la paroi (Barjon).

Nous savons qu'au contraire, dans la pleurésie axillaire, nous observons une opacité également allongée, mais s'étendant verticalement le long de la paroi externe sans empiéter profondément sur la zone pulmonaire qui reste claire.

3° Nous avons une matité remontant à la sous-aisselle et à l'aisselle ; à ce niveau de l'obscurité respiratoire du souffle ; ces signes sont limités à la région axillaire. Pouvons-nous affirmer la pleurésie ? Pas encore, car il faut éliminer la *pneumonie sous-axillaire*. C'est là une éventualité rare, mais dont nous avons vu récemment un cas typique, dont voici l'observation :

B... Michelle, 7 ans. — Entre dans le service du professeur Mouriquand le 21 juin 1920, en observation pour pleurésie.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires ou personnels. L'affection actuelle a débuté brusquement il y a 7 jours par des frissons, une fièvre élevée (40°5 le premier jour) de la céphalée. Pendant 2 jours, vomissements, température à 40° avec délire. Puis, défervescence à 38°,5, 37°,5. Le 5^e jour réascension thermique à 39°, accès dyspnéique ; la malade tousse depuis deux jours.

A l'entrée, enfant pâle, actuellement apyrétique, ayant une toux sèche assez rare et accusant une douleur au côté droit.

Aux poumons : A droite, une légère submatité de la base fait place dans l'aisselle à une *matité* plus étendue et plus accusée, occupant toute la région sous-axillaire et empiétant très légèrement sur la région axillaire proprement dite — Sonorité normale ailleurs — Au niveau de la zone de matité on note une simple diminution du murmure. Dans l'aisselle la respiration est un peu soufflante sans signes surajoutés.

Rien de notable à gauche. — Pas de lésions viscérales.

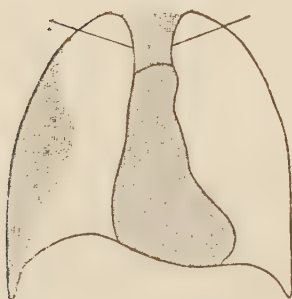
La *radioscopie*, pratiquée le 21 juin montre un triangle pneumonique typique suspendu à la partie externe et inférieure du poumon droit ; la base du triangle occupant la région sous-axillaire, le sommet se projetant en coin vers l'ombre cardiaque, sans l'atteindre, à la hauteur de l'angle inférieure de l'omoplate.

Le 25/6, on constate une atténuation très grande des signes perçus sous l'aisselle : simplement léger souffle expiratoire dans la région axillaire proprement dite et diminution du murmure au-dessous.

Cuti-réaction négative.

Radioscopie le 25/6 : ombre triangulaire de même étendue que précédemment, mais moins opaque.

Cette observation nous montre à la fois les ressemblances cliniques au point de vue des signes physiques de la pneumonie sous-axillaire et de la pleurésie, et leur différenciation à l'écran radioscopique :



PLEURÉSIE
AXILLAIRE



PNEUMONIE
SOUS-AXILLAIRE

Il est clair que la *ponction exploratrice*, qui n'a pas été pratiquée dans ce cas, permettrait également de conclure ; à moins qu'il ne s'agisse d'un reliquat de pleurésie dont l'épanchement se serait résorbé.

Comme la radioscopie, la *ponction exploratrice faite dans l'aisselle et non au lieu d'élection classique*, trop postérieur, à une importance diagnostique extrême.

Nous sommes enfin en présence d'une *pleurésie axillaire*. Il s'agit le plus souvent d'une pleurésie à épanchement purulent ; exceptionnellement, nous l'avons vu, on a pu rencontrer une pleurésie sero-fibrineuse ou hémorragique.

Il nous faut faire un diagnostic étiologique. Celui-ci sera surtout aidé par les anamnestiques (pneumonie, grippe, pleurésie sero-fibrineuse initiale), l'allure de la maladie, les signes fournis par l'examen des autres viscères dans le cas de tuberculose. Mais c'est surtout l'examen du liquide recueilli aseptiquement par la ponction de l'aisselle qui permettra de déterminer l'origine de la pleurésie :

S'agit-il de liquide sero-fibrineux : un examen cytologique du culot de centrifugation donnera la formule lymphocytaire dans la tuberculose ; une inoculation au cobaye pourra être pratiquée. Si nous avons retiré du pus, la culture donnera des pneumocoques, streptocoques, ou staphylocoques ; à moins qu'il ne s'agisse d'un épanchement puriforme aseptique, de même nature que les épanchements de la grande cavité étudiés récemment par M. Liégeois dans sa thèse et dont il rapporte trois observations chez l'enfant prises dans le service du professeur Mouriquand.

TRAITEMENT

La pleurésie axillaire, étant une pleurésie à épanchement, à allure torpide manifestant le minimum de tendance à la résorption spontanée, la première indication thérapeutique est l'évacuation du liquide.

La simple *ponction* évacuatrice peut être essayée surtout dans les cas d'épanchements séro-fibrineux, hématiques ou puriformes aseptiques, et au besoin répétée. On pourra quelquefois éviter ainsi une intervention plus complète. Ce sont là des cas exceptionnels.

Dans le cas général de pleurésie purulentes, tuberculeuses ou infectieuses, une thérapeutique plus active s'impose.

Paul Emile Veill et Loiseleur ont employé, avec succès chez la plupart de leurs malades, une méthode personnelle consistant dans la ponction évacuatrice suivie d'injection d'air (*pneumosereuse*) dans la poche vidée de son pus. Ils ont employé la pneumosereuse simple ou

associée à l'injection d'une solution de bleu de méthylène ou d'huile gomenolée. Le plus souvent il faut faire plusieurs ponctions suivies d'injection d'air et de liquides antiseptiques pour assécher définitivement la pleurésie enkystée.

Encore y a-t-il des cas rebelles à cette thérapeutique et l'on doit recourir à l'intervention chirurgicale.

Celle-ci, bien conduite, n'est pas dangereuse, elle fera gagner du temps et obtiendra plus rapidement une amélioration de l'état général.

Deux méthodes ont été utilisées, dont nous ne pouvons discuter ici tous les avantages et inconvénients respectifs.

1°) La *pleurotomie* suivie de *drainage* est moins dangereuse, permet l'évacuation du pus et l'élimination des parois de la poche, assez lentement, il est vrai.

2°) La *décortication de la poche* abordée comme une tumeur par resection ou écartement des côtes est un procédé théoriquement plus séduisant : mais elle est plus difficile, expose aux hémorragies graves et ne met pas à l'abri de la suppuration consécutive.

Naturellement, l'état général du malade sera l'objet des soins qu'il comporte.

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Etant donné l'absence de constatations anatomo-pathologiques autres que celles, incomplètes, que l'on a pu faire au cours d'interventions chirurgicales, on ne peut émettre que des hypothèses au sujet de la formation de la pleurésie axillaire. Toutefois, dans certains cas notamment chez le malade de M. Mouriquand, Cotte et Morenas) on a pu suivre les différentes étapes qui ont présidé à l'organisation de cette pleurésie enkysée. On a vu une pleurésie de la grande cavité se resorber en partie, se limiter par des adhérences antérieures et postérieures pour se cantonner finalement dans l'aisselle.

D'autres observations signalent dans les antécédents récents une pleurésie à épanchement libre isolée (tuberculeuse) ou secondaire à un processus pulmonaire (parapneumonique).

Dans une série de cas enfin, l'observation ne note aucun antécédent pleurétique antérieur ; mais, étant donné la latence de la pleurésie axillaire dans ces cas on peut se demander si une pleurésie de la grande cavité, au début, n'a pas pu passer également inaperçue.

Qu'une pleurésie, libre dans la plevre primitivement, puisse s'enkyster secondairement dans l'aisselle, c'est un fait clinique qui s'explique assez bien :

Depuis les études de Garland et de Damoiseau (1845) il est classique d'admettre qu'un épanchement mobile dans la cavité pleurale à une ligne de niveau descendant obliquement de la région axillaire vers les sinus vertébraux en arrière, et la région sternale en avant. C'est donc au niveau de la région axillaire que se trouve le point culminant, la plus grande hauteur de l'épanchement.

La *radioscopie* est venue confirmer cette donnée. « Quand un épanchement se produit dans la plevre, le liquide obéissant aux lois de la pesanteur vient se collecter à la base de la cavité au-dessus du diaphragme.

Au fur et à mesure de son augmentation, il refoule le poumon de bas en haut et celui-ci, en vertu de son élasticité se laisse assez bien comprimer. Les choses vont ainsi jusqu'à ce que le niveau du liquide arrive au voisinage du hile. En ce point le poumon, qui se trouve fixé, oppose un obstacle sérieux au refoulement. Le liquide éprouvant une résistance de ce côté se porte en dehors. Là le poumon qui est libre se laisse plus facilement mobiliser : le liquide progresse en s'infiltrant entre les « deux feuillets de la plevre et en décollant le poumon de la paroi. Il en résulte que le niveau du liquide restant

toujours horizontal, son épaisseur croît plus vite en dehors qu'en dedans, et que cette différence d'épaisseur se traduit sur l'écran par une ligne d'ombre oblique de haut en bas et de dehors en dedans ». (Barjon, radio-diagnostic des affections pleuro-pulmonaires, p. 33).

Si la courbe de Damoiseau traduit une disposition normale, il faut pour qu'elle se manifeste que le malade soit dans la position *debout* ou *assise* ; et il y a lieu de tenir compte de ce facteur qui nous paraît jouer un rôle dans l'organisation d'une pleurésie axillaire.

Nous avons donc dans une pleurésie libre une amorce de pleurésie axillaire : pour que cette dernière se produise, il faut qu'intervienne un nouveau processus : la *formation d'adhérences* entre les feuillets pleuraux, adhérences actives, progressant en avant et arrière, restreignant peu à peu l'étendue de la poche pleurale et tassant le liquide dans sa partie externe.

L'anatomie pathologique nous montre, comme en témoigne la thèse de *Chevalier* inspirée par Tripier (Lyon-1882) que les lieux d'élection pour la formation des adhérences autour d'un épanchement sont :

1) le sommet, 2) la région antérieure, 3) la gouttière para-vertébrale ; « c'est au niveau de la région postéro-externe que l'on a le moins de chance de les rencontrer ».

Il persiste, à ce niveau et particulièrement dans la région axillaire et sous-axillaire, une *zone décollable* selon l'expression de M. Mouriquand, conditionnée par la plus grande épaisseur du liquide et la plus grande amplitude des mouvements du gril costal.

C'est dans cette zone que, dans des conditions mal déterminées, (peut-être la station debout au cours d'une

pleurésie négligée) la pleurésie s'enkystera pour devenir pleurésie axillaire ; il y aura eu comme dit M. Mouriquand « axillarisation » d'une pleurésie de la grande cavité.

On ne peut cependant considérer la pleurésie axillaire comme une séquelle banale ; elle a son individualité à tel point que souvent une pleurésie axillaire suppurée a succédé à une pleurésie libre séro-fibrineuse. Elle est limitée par des parois épaisses constituant, dans les pleurésies tuberculeuses une membrane analogue à celle des abcès froids, dans tous les cas une coque que l'on peut chirurgicalement décortiquer. Cette paroi est imperméable comme nous l'avons relaté au cours de l'étude clinique ; et ce qui montre qu'elle est active, que la pleurésie est évolutive et non une simple séquelle, c'est que l'épanchement ponctionné se reproduit le plus souvent spontanément.

Dans les cas de pleurésies axillaires ne paraissant pas consécutives à un épanchement en plevre libre, on peut admettre que, à la suite d'une cause agissant localement (traumatisme, passage d'un projectile, ostéite costale etc..) un épanchement s'est produit dans la « zone décollable » de la plevre, le reste de la cavité pleurale ayant été supprimé par des adhérences anciennes, reliquat d'une pleurésie sèche antérieure.

CONCLUSIONS

I. — L'aisselle médicale est une région nettement délimitée dont l'exploration clinique s'impose au cours de tout examen des organes thoraciques.

Sa séméiologie offre, en effet, des renseignements précieux dans la plupart des affections pleuro-pulmonaires, soit que l'aisselle participe au processus, soit qu'au contraire son intégrité contraste avec des lésions constatées sur une grande partie du poumon.

D'une façon générale, on peut dire que l'extension à l'aisselle d'une matité de la base traduit l'existence d'un épanchement pleural (comme l'a établi notre maître M. Mouriquand).

II. — Dans certains cas, encore rares, l'examen de l'aisselle a mis en évidence un épanchement pleural exclusivement localisé dans l'aisselle et la sous-aisselle.

Il s'agit alors d'une pleurésie axillaire caractérisée essentiellement ;

1) par sa topographie ;

2) par les signes d'épanchement enkysté (matité, diminution du murmure; et surtout ponction exploratrice, ramenant du liquide généralement purulent quand elle est pratiquée sous l'aisselle, et négative ailleurs).

3) par une image radioscopique spéciale (bande ou calotte opaque plaquée latéralement contre la paroi du thorax) si caractéristique qu'elle, seule, suffit à faire le diagnostic.

III. — Avant d'affirmer la pleurésie axillaire, il faut éliminer les divers processus donnant une matité plus ou moins limitée à la région : particulièrement le gros foie, la pleurésie interlobaire, la pneumonie sous-axillaire.

IV. — Il faut ensuite remonter à la cause : la pleurésie axillaire est généralement consécutive à une pleurésie de la grande cavité, métapneumonique, post-grippale, tuberculeuse ou traumatique.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

G. MOURIQUAND.

HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 novembre 1920.

LE RECTEUR PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- 1803 BAYLE — Recherches sur la phtisie.
- 1822 LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate,
Tome II, p. 198.
- 1823-24 ANDRAL. — Clinique médicale, Tome II, p. 524.
- 1843 DAMOISEAU. — Recherches cliniques sur plusieurs
points du diagnostic des épanchements pleu-
raux. — Archives générales de Médecine,
octobre 1843.
- 1845 DAMOISEAU. — Du diagnostic de la pleurésie. —
Thèse. — Paris, 1845.
- 1879 JACCOUD. — Pleurésie multiloculaire et les adhérences
du diaphragme. — Bulletins de l'Académie de
Médecine, 22 avril et 6 mai 1879, n^{os} 16 et 29 et
Gazette des Hôpitaux, 1^{er} et 3 mai 1879.
- 1882 CHEVALIER. — Des adhérences pleurales et notam-
ment des adhérences phreno-costales dans les
pleurésies avec épanchements. — Thèse. —
Lyon, 1882.

- 1884 GOUTTIÈRE-CACHERA. — Des pleurésies cloisonnées.
— Thèse. — Paris, 1884.
- 1884 RAMEY. — Recherches sur les courbes de matité
dans les épanchements liquides de la plèvre. —
Thèse. — Bordeaux, 1884.
- 1887 MOUISSET. — Thèse de Lyon. — De la sensation
de flot dans les épanchements pleuraux.
- 1889 CHESSERET. — Thèse de Paris. — Des pleurésies
meta-pneumoniques.
- 1891 POTAIN. — Union médicale du 3 mars : La pleurésie
interbolaire.
- 1892 POTAIN. - Médecine moderne 30 juin. — Diagnostic
différentiel de la pleurésie interbolaire
- 1891 BLANC. - - Thèse de Lyon. — Du déplacement de la
matité dans les épanchements pleurétiques.
- 1895 BRODIER. — Thèse de Paris — De la répartition
des épanchements séreux et purulents dans la
cavité pleurale.
- 1897 CARLET. — Thèse de Paris. — Contribution à l'étude
de la pleurésie séreuse enkystée.
- 1904 BARJON & P. COURMONT. — Lyon médical du 3 avril.
— Variation dans la forme de la limite des
épanchements pleuraux, et en particulier de
sa direction oblique, étudiée par l'examen
radioscopique.
- 1904 BARJON. — Lyon médical 17 avril. — La courbe de
Damoiseau et l'examen radioscopique des
épanchements pleuraux.
- 1910 WEILL & MOURIQUAND. — Presse médicale n° 57. —
Le triangle primitif d'hépatisation pneumonique.

- 1912 G. MOURIQUAND. — Progrès médical, 13 juillet, n° 28.
— La pleurésie métapneumonique de l'enfant. —
Valeur diagnostique de la matité axillaire.
- 1915 G. MOURIQUAND. — Compte-rendu de la Société de
Médecine de Nancy, 31 mars. — Notes sur les
complications pulmonaires au cours de la
dothiènerie et des états typhoïdes (épidémie
de l'hiver 1914-1915).
- 1916 BARJON. — Chez Masson. — Radio-diagnostic des
affections pleuro-pulmonaires.
- 1916 PRATSICAS. — Thèse. — Lyon. — Recherches
cliniques sur quelques points de la séméiologie
médicale du creux axillaire.
- 1917 G. MOURIQUAND. — Presse médicale 18 juin, n° 34.
— Les costo-diaphragmatites discrètes et la
séméiologie de l'extrême base thoracique.
- 1917 E. WEILL & LOISELEUR. — Presse médicale, 3 déc.
— La production de pneumosérosité. — Méthode
générale d'exploration radiologique dans les
épanchements des séreuses.
- 1919 G. MOURIQUAND. — Presse médicale, 24 mars. —
Le signe de la matité axillaire dans le diagnostic
des processus pleuraux.
- 1919 CAROSSE. — Thèse de Lyon. — Contribution à
l'étude séméiologique de l'extrême base thora-
cique. — Les costo-diaphragmatites discrètes
dans l'armée.
- 1919 E. WEILL & LOISELEUR. — Journal des Praticiens,
17 mai. — Les pleurésies axillaires.

- 1919 PEHU & DAGUET. — Revue de Médecine, p. 107. —
Etude clinique et radioscopique sur les séquelles
immédiates et lointaines des pleurésies fibri-
neuses.
- 1919 PIC, MOURIQUAND & COSTE. — Lyon médical, août,
p. 408. — Deux cas de pleurésies axillaires.
- 1920 MOURIQUAND, COSTE & MORENAS. — Une observation
de pleurésie axillaire présentée à la Société de
Médecine des Hôpitaux, 1^{er} juin. — Lyon
Médical.
- 1920 PALASSE & MOREL. — Une observation de pleurésie
axillaire présentée à la Société de Médecine
des Hôpitaux, Lyon, 1^{er} juin.
- 1920 LIEGEOIS. — Thèse de Lyon. — Les épanchements
pleureux puriformes aseptiques parapneumoni-
ques chez l'enfant.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
HISTORIQUE & DÉFINITION	7
TOPOGRAPHIE DE L'AISELLE :	
CHEZ L'ADULTE.....	12
CHEZ L'ENFANT.....	15
SÉMÉIOLOGIE DE L'AISELLE NORMALE.....	17
OBSERVATIONS	19
ETUDE CLINIQUE :	
A. ETIOLOGIE	47
B. SYMPTOMATOLOGIE.....	50
C. EVOLUTION & PRONOSTIC.....	57
DIAGNOSTIC (Semiologie de l'aisselle pathologique)....	58
TRAITEMENT.. ..	68
CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES.....	70
CONCLUSIONS.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76

